



SOLICITUD PARA CONCILIACIÓN DE CASOS

NÚMERO DE CASO _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

Dirección _____

Tel (787) _____ Fax(787) _____ correo electrónico _____

Representante Legal
(si alguno) _____

Tel (787) _____ Fax (787) _____ correo electrónico _____

NOMBRE DE LA
PARTE ADEVERSA _____

Dirección _____

Tel (787) _____ Fax (787) _____ correo electrónico _____

Representante Legal
(si alguno) _____

Tel (787) _____ Fax(787) _____ correo electrónico _____

Esta controversia afecta aproximadamente a _____ empleados.

Cantidad de empleados de la unidad apropiada _____.(De ser conocido)

Breve descripción de la controversia

Certificamos que en el día de hoy ___de_____ de 20___, le enviamos copia fiel y exacta de la misma vía (marque la que aplique) a la siguiente dirección o número de facsímil:

correo regular entrega a la mano facsímil correo electrónico correo certificado

Certifico que he sido orientado en cuanto a la aplicabilidad de este proceso del Reglamento para la Conciliación de Casos Núm. 8621 ante la Junta de Relaciones del Trabajo de Puerto Rico, el cual se encuentra disponible a través de nuestro portal cibernético www.jrt.pr.gov.

Firma

Título

Fecha